

CERTIFICAT OPHTALMOLOGIQUE

Je soussigné(e), Docteur, spécialiste en ophtalmologie,

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom :

Date de naissance : .. / .. /

Sexe : Masculin Féminin

Et n'avoir constaté aucune contre-indication ophtalmique décelable à la pratique sportive

De compétition

De loisir

Remarques restrictives éventuelles :

➤ **Classification nationale :**

- B1 : Aucune sensibilité à la lumière des deux yeux jusqu'à sensibilité à la lumière sans reconnaissance des objets ni des contours dans toutes les directions et à n'importe quelle distance.
- B2 : Reconnaissance des objets ou des contours jusqu'à une acuité visuelle de 2/60 et/ou une limitation du champ visuel de 5 degrés.
- B3 : Acuité visuelle de 2/60 à 6/60 et/ou limitation du champ visuel de 5 à 20 degrés.

Ne pas oublier de :

➤ **Cocher les activités pratiquées page 2**

➤ **Dater et signer le certificat**

Ce certificat peut être considéré comme :

- **Permanent**
- **Valable 1 an**

Listes des activités sportives

⇒ Cocher toutes les activités concernées par ce certificat médical en spécifiant le type de pratique (loisir ou compétition)

| Activités sportives Loisir | Compét. | A c t i v i t é s Compét. Loisir | s p o r t i v e s | Activités sportives Compét. Loisir |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| AIKIDO | <input type="checkbox"/> | FOOTBALL A 5 EN SALLE | <input type="checkbox"/> | ROLLER |
| ATHLETISME | <input type="checkbox"/> | FOOTBALL A 7 | <input type="checkbox"/> | RUGBY |
| AVIRON | <input type="checkbox"/> | FOOTBALL A 11 | <input type="checkbox"/> | RUGBY XIII |
| BADMINTON | <input type="checkbox"/> | FOOT FAUTEUIL ELECTRIQUE | <input type="checkbox"/> | SARBACANE |
| BASKET-BALL | <input type="checkbox"/> | FOOTBALL DE TABLE | <input type="checkbox"/> | SHOWDOWN DV |
| BILLARD | <input type="checkbox"/> | GOALBALL / TORBALL | <input type="checkbox"/> | SKI ALPIN |
| BOCCIA | <input type="checkbox"/> | GOLF | <input type="checkbox"/> | SKI EN SALLE |
| BOWLING | <input type="checkbox"/> | GYMNASTIQUE | <input type="checkbox"/> | SKI NAUTIQUE |
| BOXE | <input type="checkbox"/> | HALTEROPHILIE | <input type="checkbox"/> | SKI NORDIQUE / BIATHLON |
| CANNE FRANCAISE | <input type="checkbox"/> | HANDBALL | <input type="checkbox"/> | SNOWBOARD |
| CANOË-KAYAK / PIROGUE | <input type="checkbox"/> | HOCKEY EN FAUTEUIL | <input type="checkbox"/> | SPORTS BOULES / PETANQUE |
| CECIFOOT | <input type="checkbox"/> | JUDO | <input type="checkbox"/> | TAEKWONDO / TAICHI CHUAN |
| CHAR A VOILE | <input type="checkbox"/> | KARATE | <input type="checkbox"/> | TENNIS |
| COURSE D'ORIENTATION | <input type="checkbox"/> | MUSCULATION | <input type="checkbox"/> | TENNIS DE TABLE |
| CURLING | <input type="checkbox"/> | NATATION | <input type="checkbox"/> | TIR A L'ARC |
| CYCLISME HANDCYCLE | <input type="checkbox"/> | PARACHUTISME | <input type="checkbox"/> | TIR SPORTIF |
| CYCLISME SOLO | <input type="checkbox"/> | PATINAGE | <input type="checkbox"/> | TRIATHLON |
| CYCLISME TANDEM | <input type="checkbox"/> | PECHE | <input type="checkbox"/> | VOILE |
| DANSE | <input type="checkbox"/> | PLONGEE SOUS MARINE | <input type="checkbox"/> | VOL A VOILE |
| EQUITATION | <input type="checkbox"/> | RANDONNEE - FTT | <input type="checkbox"/> | VOLLEY BALL |
| ESCALADE | <input type="checkbox"/> | RANDONNEE - JOELETTE | <input type="checkbox"/> | AUTRES |
| ESCRIME | <input type="checkbox"/> | RANDONNEE PEDESTRE | <input type="checkbox"/> | |

Nombre de cases cochées :

Date de l'examen médical : __/__/____

Cachet professionnel :

Signature du praticien :